

恩納村アピアランスケア支援事業申請書

年 月 日

恩納村長 様

申請者
住 所 恩納村字 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

- 関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。
 村から医療機関に対し治療内容を照会すること。
 村から購入先に対し購入内容について照会すること。
 村から県に対し、他の市町村の実績にかかる情報を提供すること。

1 対象がん患者	ふりがな				申請者との関係							
	氏名											
	住所	恩納村字	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)										
2 助成対象経費	補整具の種類 【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補整具（右側）	乳房補整具（左側）								
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日								
	購入費用（税込）	ア 円	エ 円	キ 円								
	助成限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円								
	助成対象額	ウ 【ア・イのうち低い額】 円	カ 【エ・オのうち低い額】 円	ケ 【キ・クのうち低い額】 円								
3 助成申請額	円											
4 確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、他の助成等を受けていない											
	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、過去に沖縄県内の他の市町村から助成等を受けていない											
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療の受療している（していた）ことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書の原本（購入日（同日であれば領収日も可）、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。） <input type="checkbox"/> 現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。対象者が未成年である場合は、対象者の者に加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、村において確認が可能な場合は省略可。）											
6 振込	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 当座 その他							
	口座名義	※カタカナで記載。申請者と同一であること。 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
特記事項（行政機関使用欄）												